

研究論文

地域精神保健福祉における心理支援 —こころの健康課題の変遷とコミュニティ心理支援の実践—

Psychological supports of community mental health and welfare
—Change of mental health needs and Community psychological support works—

徳丸 享¹⁾ 米田 弘枝²⁾
Tokumaru Akira Yoneda Hiroe

筆者が保健所に勤務した28年間の地域精神保健福祉の課題の変遷を振り返り、それらの課題に対してコミュニティ心理支援の観点を持ちつつ取り組んできた実践内容を紹介するとともに、その意義と今後の課題について考察した。

【キーワード】 コミュニティ心理支援、地域精神保健福祉、家族支援、保健所

目 的

地域精神保健福祉行政におけるこころの健康課題は平成時代に入り急速に変化しつつある。

小論では地域精神保健福祉の課題の変遷とそれぞれの課題における心理支援の拡大の経過を振り返り、今後のコミュニティ心理支援のニーズと課題について考察する。

1 地域における精神保健福祉の課題の 移り変わり

(1) 精神保健福祉法改正と障害者法制の整備

昭和63年に施行された精神保健法に、精神障害者の社会復帰の促進を図るための精神障害者社会復帰施設に関する規定が盛り込まれ、精神障害者の地域ケアが推進される機運が高まっていた。それ以前はというと、昭和25年に私宅監置制度を廃し、都道府県に精神病院の設置を義務付けた精神衛生法が制定され、入院治療の制度が整備され、その15年度の昭和40年には、入院医療中心の治療

体制から地域におけるケアを中心とする体制へという流れに沿った改正が行われ、保健所が地域における精神保健行政の第一線機関として位置づけられ、精神衛生相談員の配置、在宅精神障害者の訪問指導、相談事業が定められた。通院医療費公費負担制度や都道府県に精神衛生センター、現在の精神保健福祉センターが設けられたのも昭和40年の改正によるものであった。このように制度が整うにつれて通院公費負担申請者は昭和41年から昭和60年の20年で7倍の48万件あまりに増加した。一方、精神病床も減ることはなく、昭和40年の17万床から昭和50年には28万床と増え続け、平成25年度医療施設（動態）調査では34万床となっており、国際的にも突出した病床数の削減が今なお大きな課題となっている。

精神保健法は、国連・障害者の十年に沿った「障害者対策に関する新長期計画」の制定を受けて、精神障害者の社会復帰と人権の配慮を推進するため、平成5年に保護者制度等が改正された。更に同年に成立した障害者基本法によりこの流れは加

1) 板橋区保健所 Public Health Office of Itabashi city

2) 立正大学心理学部 Rissho University Faculty of Psychology

速し、平成7年には、精神障害者保健福祉手帳制度の創設や社会復帰施設の類型化などの保健福祉施策を充実させる改正が行われ、法律名も、「精神保健および精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）」と変更された。このようにして精神障害者が地域で当たり前に生活するための制度が次第に整っていった（日本公衆衛生協会、2016）。

(2) 東京都区部における精神保健活動の状況

こうした社会状況を背景に、東京の特別区保健所ではデイケア事業が実施されるようになった。東部13区の保健所・保健センターが集う東部地域保健所等デイケア業務連絡会実行委員会が平成12年度に行ったアンケートによると、昭和51年に足立区で開始されてから、昭和57・58年度および昭和62・63年度に3～5件の開設が相次ぎ、平成に入っても毎年1～2件のペースで新設されたことがわかる（菊池ら、2001）。しかし、保健所デイケアの開催頻度は週3回実施が最多であり、週1回や月2回のみの実施も多かった。保健所デイケア事業は常勤職である保健師を中心に、臨時職員として心理職やPSW等をグループワーカーとして雇い上げて実施されることが多かったが、そのうち板橋区、品川区、豊島区そして文京区では心理職が常勤職として配置された。しかし、経済財政状況の悪化や公務員の定数抑制によって心理職常勤化の流れは続かなかった。このように実施状況に濃淡はあったが、保健所の精神保健活動は統合失調症の地域ケアを中心に進められていった。また、この時期は精神障害者が通所して、仲間づくりや日常生活の維持を支えている精神障害者小規模作業所が大きく増え、精神科診療所の小規模デイケアも徐々に増えつつある時代でもあった。

(3) 障害者自立支援法の成立と保健所の役割の変化

障害者福祉施策は、平成15年に障害福祉サービスを措置から契約にあらため、自己決定を尊重し、利用者本位のサービスによって地域生活を支援することを理念とする支援費制度がスタートした。しかし、このとき精神障害へのサービスはこの制

度の対象とはされなかった。この支援費制度は、サービス利用に大きな地域差が生じ、かつ、開始1年目からホームヘルプサービスを中心に予想をはるかに上回る利用があり、税財源では長期安定的に制度を維持することが難しい状況になってしまった。こうしたことから国は、障害種別による不均衡を解消し、国の財政責任を明確化するとともに、利用者の応益負担を求めるとした障害者自立支援法を平成18年に施行した。この法律によってサービスの長期安定供給の基盤ができたが、所得補償のない障害者に応益負担を求めることについては大きな議論となり訴訟が起こされることになった。こうした経緯から、平成25年に障害者自立支援法の一部改正を行い、法律名も「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合福祉法）」と改められた。

支援費制度および自立支援法から始った福祉サービスの認定調査、支給決定に関する業務は、精神障害者のサービスについては保健所が行うことにしたところもあれば、身体・知的障害とともに一元的に福祉担当部署が行うこととしたところもあり、自治体によってその対応が分かれた。筆者が勤務した区においては、当初2年間は保健所が担当したが、その後福祉部に移管され、福祉事務所に保健師を配置してこの業務を行っている。この方法は、専任担当者が支給決定事務を行うことで、効率が良く、対応のバラツキがないというメリットがあったが、精神保健相談支援を行う保健所地区担当保健師が障害福祉サービスに関する業務を行わないため、精神保健の二次予防と三次予防が分断されてしまうというデメリットを生んでいる。制度上、退院後や症状が安定した後の精神障害者の地域生活は、相談支援事業所による計画相談に基づいて、就労支援や居宅介護等の障害福祉サービスが支援を担うことになっていることからすれば、保健所が精神障害者のリハビリテーションに関わる必要は薄いという考え方もあるが、第2次予防、すなわち早期発見・早期支援の局面で支援を行った保健師がもっている情報や本人との支援関係を第3次予防の就労支援や地域生活支

援に生かせていないことは今後の課題である。

(4) うつ病の増加と自殺対策

社会経済状況が厳しさを増す中、「平成8年には約43.3万人だったうつ病等の気分障害の総患者数は、平成20年には104.1万人と12年間で2.4倍に増加」した（厚生労働省、2010a）。うつ病が大きなリスク要因である自殺は、平成10年に全国の自殺死者数が3万人を超えて以後、平成23年まで14年間にわたってこの状態が続いた。こうした状況に至って、平成18年に議員立法によって自殺対策基本法が成立し、自殺対策が保健所の大きな仕事となった。自殺対策事業は内閣府が所管し、基本法の下に、自殺総合対策大綱（平成19年）が策定された。大綱では「自殺は追い込まれた末の死」とし、日本人が長い間、自殺がその人の生き方、死に方の選択結果であり、自己責任であるという考え方をを変えることを求めた。同時に自殺は防ぐことができる社会的問題であること、自殺を考えている人は何らかのサインを発していることを加えて3つの基本認識として示した。そして、大綱に基づいて全国の自治体に対策を実施することを財政的に促すために、国は平成21年に3年間の対策費として100億円を拠出して、すべての都道府県に「地域自殺対策緊急強化基金」を造成し、地域の実情に応じた自殺対策の推進を図った。保健所はこの基金を活用して、普及啓発事業、相談支援事業、ゲートキーパー養成等の人材育成事業を行うこととなった。筆者は自立支援法施行に伴って保健所が実施していたデイケア事業が縮小となり、所属を異動して障害程度区分の認定調査を経験し、その仕事が福祉部移管となると次には自殺対策の仕事が待ち受けていたという目まぐるしい変化を体験したが、これはまさに精神保健施策の課題が大きく変わっていった渦の中にいたことに他ならなかった。

(5) アルコール依存症問題の移り変わり

アルコール依存症の問題は、統合失調症とならんで地域精神保健の課題として長く取り組みが行

われてきた。昭和50年代に厚生労働省が研究班を組織して取り組みはじめ、これを受けて精神保健センターや保健所での相談支援がはじめられるようになったが、当時、アルコール依存症は「アル中」（慢性アルコール中毒の略）と呼ばれ、偏見が強く、問題行動が目立っていたため、家族はなんとか問題を家族の中だけで治めようと必死であった。社会も家族もアルコール依存が病気であるという認識は薄かった。その後、次第に患者の多くが中年男性であった状況から、女性や若者の依存症者が増え、症状や問題行動が多様になるとともに、アルコール依存症という名称が浸透し、徐々にアルコール依存症は病気であるという理解が進んでいった。そして、平成25年12月に「アルコール健康障害対策基本法」が成立し、平成26年6月に施行された。これに基づいて平成28年5月には「アルコール健康障害対策推進基本計画」が策定された。ここでは女性や若年者への働きかけや依存症に至らないための予防としての減酒支援が強調されている。

依存症に関する問題は、アルコール依存を主にしていた時代から、薬物依存症、ギャンブル依存症、そしてネット依存への広がりつつある。物質依存からプロセス依存にシフトしつつある依存症の課題において心理支援の役割は一層大きくなることが考えられる。

(6) 若者のひきこもりの増加と支援体制

若者のひきこもりは、1990年代後半から目立ち始め、斎藤（1998）は「20代後半までに問題化し、6ヶ月以上、自宅にひきこもって社会参加をしない状態が持続しており、他の精神障害がその第一の原因とは考えにくいもの」という定義を出して、社会の関心を集めた。厚生労働省（2001）はひきこもりに対する精神保健活動のガイドライン（暫定版）において、「ひきこもり」は、単一の疾患や障害の概念ではなく、実態は多彩で、狭義の精神疾患とは呼べないが「ひきこもり」の状態に陥っている人々がいるとし、「ひきこもり」が精神保健福祉の対象であることを明らかにした。その後、

平成2009年度には「ひきこもり対策推進事業」を創設し、ひきこもり地域支援センターの設置をすすめ、2013年度からはひきこもりサポーター養成研修・派遣事業を開始し、ひきこもり対策の充実を図っている。この間、2010年度には新たな指針として「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」を作成し、「様々な要因の結果として社会的参加（義務教育を含む就学、非常勤職を含む就労、家庭外での交遊など）を回避し、原則的には6か月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態（他者と交わらない形での外出をしている状態（他者と交わらない形での外出をしている状態）を指す現象概念である。」と定義し、これに「なお、ひきこもりは原則として統合失調症の陽性あるいは陰性症状に基づくひきこもり状態とは一線を画した非精神病性の現象とするが、実際には確定診断がなされる前の統合失調症が含まれている可能性は低くないことに留意すべきである。」（厚生労働省、2010b）との注釈を付記している。

A区では「精神保健相談の中で社会適応が困難だが精神疾患とは明らかに内容が異なる青年たちが増えてきた」（佐藤ら、2003）ため、2001年のガイドラインをきっかけに、ひきこもり相談事業を開始したが、ひきこもり問題に対する支援は自治体毎によって温度差があり、東京都では訪問支援事業を実施し、その受付窓口を都内区市町村とすることにより相談支援体制の定着を推進している。

(7) こころの健康に関する正しい知識と理解の普及

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（略称精神保健福祉法）第46条には正しい知識の普及として、「都道府県及び市町村は、精神障害についての正しい知識の普及のための広報活動等を通じて、精神障害者の社会復帰及びその自立と社会経済活動への参加に対する地域住民の関心と理解を深めるように努めなければならない」と規定している。平成16年3月、厚生労働省は、「心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会」報告書として、精神疾患を正しく理解し、新しい一歩を踏み出すための指針である「こころのバリアフリー

宣言」を示した。その報告書の序文では、「精神障害者に対する無理解や誤解を持たず、誰もが人格と個性を尊重して互いに支えあい共に暮らしていくためには、当事者・当事者家族も含めた国民各層が、精神疾患や精神障害者について正しい理解を持ち、よりよい社会を築き上げることが何よりも大切である」と述べている。国は毎年秋、秋に精神保健福祉普及運動を実施し、都道府県を巡って精神保健福祉全国大会を行っているが、全国版のニュースに取り上げれることも少ない。区市町村の単位で継続的な事業によって地道に啓発を続けていくことが必要であろう。

2 個別課題に対する保健所活動の役割と板橋区におけるコミュニティ心理支援の実践

ここからは、筆者が勤務した区（以下、A区という）における地域精神保健福祉事業について、それらが開始された順を追って事業の目的および実施方法を紹介し、その意義を考察する。

(1) 統合失調症の本人と家族への支援

統合失調症の経過においては、はじめて医療につながる時と、リハビリテーションが必要となるときに地域精神保健サービスへのニーズが高まる（柿原ら、2004）。早期発見・早期支援は第二次予防と呼ばれ地域保健の分野では経験も実績も豊富であり、現在も保健師の地区活動として、嘱託医師による月1、2回の精神保健福祉相談と合わせて実施している。心理職は困難事例において、保健師をサポートする役割を果たしており、支援の進め方をアドバイスするほか、訪問支援に同行することも行ってきた。また、福祉事務所ケースワーカーからも支援要請を受けることが多くあった。

医療につなぐ局面での支援が個別支援として行われるのに対して、リハビリテーションに関する支援はグループを活用することが多いが、A区では、昭和54年に保健所においてデイケア事業を開始し、以後サービスを拡充し、平成18年まで約20

年間、週3日、1日5時間のデイケア事業を3所の健康福祉センターで実施した。この事業のスタッフは保健師と心理士及びグループワーカーとして雇い上げた地域の病院や福祉作業所の職員であったが、その中で心理士はグループワークをリードし、事業のマネジメントを中心的に担った。(徳丸, 2003)

保健所デイケア事業は、精神障害者が地域で生活を維持する上で一定の役割を果たしてきたが、医療機関デイケアが充足してきたことや自立支援法による障害福祉サービスの充実が予測されたことから、平成19年度以降、事業が縮小され、現在は、その役割を変えて、入院はせずに地域で生活を送っているものの、医療機関デイケアや就労支援サービスなどにつながりづらく孤立しがちな精神障害者が、支援サービスに結びつく糸口となるための「こころのリハビリテーショングループ事業」として、区内3所の健康福祉センターで、それぞれ週1日5時間実施している。

統合失調症の支援においては、患者本人に対するサービス提供とともに家族に対する支援も大切である。保健所デイケア事業を週3日実施していた時期はデイケア利用者家族が集まって、情報交換をしたり、心理教育を行うデイケア家族会を開催することができたが、事業縮小や仕事を持つ家族が増えたことなどによりデイケア事業に軸足を置いた家族支援がむずかしくなった。そのため、平成19年以降は、地域家族会への支援に力点を置き、地域家族会に保健所の保健師や心理士が出向いて懇談会を行ったり、地域家族会と共同企画による区民向けの啓発講演会を実施している。統合失調症に関しては、病床数の削減問題に直結する長期入院患者の地域移行に関心が向きがちであるが、地域で生活していかろうじて医療にはつながっているものの、障害福祉サービスの利用には至らず、年老いた親が在宅生活を支えている事例も少なくない。地域家族会との懇談ではこうした訴えがあり、行政の積極的な対応を求められている。

(2) アルコール依存症相談とアルコール関連問題の啓発

A区では、昭和57年から保健所で酒害相談事業として、依存症本人のためのミーティングと家族のためのミーティングを実施している。アルコール依存症に関しては、アルコール依存症治療を専門とする医療機関での治療と、断酒会やアルコールクス・アノニマス(AA)などの自助グループへの参加が断酒生活を継続し、「回復」を支えると言われるが、保健所に寄せられるのは、依存症の症状とは気づかぬまま問題行動に翻弄され、疲弊しきった家族からの相談が多い。したがって、保健所の相談の目的および役割は、アルコール依存症が病気だとわからず、家族が問題を抱え込んでしまわないよう、家族に正しい知識を持ってもらい、イネープリングをやめて、本人と適切な距離を保ちつつ、受診を促すこと、そしてこの難しい作業を家族が続けていけるよう、ミーティングで苦労を分かち合ったり、ストレスへの対処法を身につけること、更に、子どもがいるケースでは虐待を防ぐための支援等をおこなうこととなる。家族のためのミーティングは月2回、1回90分開催しているが、そのマネジメントは心理士が行い、ミーティングのアドバイザーを兼ねたファシリテーターには、アルコール依存症治療の先駆的医療機関から専門看護師を招いている。

また、依存症者本人向けには、断酒生活を継続するための一助となるよう月1回90分のミーティングを開いている。ここには自身の過度の飲酒を心配して自発的に参加する人もおり、専門的支援の窓口としての機能も果たしている。

このほか、保健所の大きな役割としては普及啓発事業をあげることができる。昭和63年から平成23年まで20年以上にわたって、計73回のアルコールセミナーを開催し、区民を対象にさまざまな角度からアルコール問題を取り上げ、正しい知識の普及に努めてきた。現在はギャンブル依存症など、広がりつつあるアディクション問題を精神保健福祉全般の啓発事業の一部として実施している。また、更に広く周知を図るために、アルコール健康

障害対策基本法の施行をきっかけに、区広報紙において毎年アルコール関連問題啓発週間に啓発記事を掲載している。

(3) ひきこもり相談事業

A区では、平成14年4月からひきこもり相談事業として、「ひきこもり相談」と「ひきこもり家族教室」を行っている（徳丸ら、2004）。「ひきこもり相談」は、毎月1回、児童精神科医師が3ケースまでの個別相談を受け付ける。相談の窓口は区内健康福祉センター保健師が担当し、事前に来談者から経過等を聴取し、ひきこもりケース専用のインテークシートに整理し、この業務のマネジメントを担当している保健所の心理士に伝えている。心理士は相談予約の調整をしつつ、当該ケースはひきこもり相談と精神保健福祉相談のどちらを選択すべきか等の保健師からの相談にも応じている。相談当日は、担当保健師が相談に同席するほか、担当の心理士も同席して心理的側面に関する質問や支援サービスに関する情報提供等に備えている。

「ひきこもり家族教室」は、常勤2名の心理士が講師およびファシリテーターを担当し、月2回、1回2時間で実施している。2時間のセッションは、家族がひきこもりの問題に対して正しい知識と適切な対応法を学ぶための心理教育プログラムとグループディスカッションで構成し、8回のセッションで心理教育プログラムのテーマを一巡させるかたちで4カ月を1クールとしている（表1）。

表1 心理教育のテーマ

第1回	成長の道筋と家族教室の目的
第2回	対応の原則：ふつうの生活を取り戻すために
第3回	ひきこもる心理を理解する
第4回	見守ることと親としての葛藤
第5回	家族のコミュニケーション1
第6回	自立へのきっかけと方法
第7回	家族のコミュニケーション2
第8回	さまざまな支援サービスを知る

心理教育を取り入れている理由は、たとえば、外出刺激を無暗にしないことや暴力への対処など常識的対応が逆効果を及ぼすような事柄について家族が正しい知識をもつこと、本を読んだだけでは、自己流の理解になることが多く、その知識に基づいて対応しようとしてもいつの間にか以前と同じに戻ってしまうことを防ぐこと、自分の考えや対応について、それを話してみても、心理士や他の家族から意見をもらい、確認していくこと必要であること等を挙げることができる。

また、後半のグループディスカッションは、心理教育の連続としての理解を深める話し合いであると同時に、親の罪責感や無念さ、怒りや不安などさまざまな感情を伴って、日常の出来事が語られる場面であり、家族にとって家族教室がグループサイコセラピーとしての役割をもつことを念頭に置いて運営している。

家族教室への参加は、上記の相談と同様、地区担当保健師が窓口となり、インテーク情報をもとに心理士と協議して適否を判断している。家族教室は8回を1クールとしてはいるが、参加のタイミングは随時可としている。また、長い時間を必要とすることが多いひきこもり問題の特徴を考慮し、わずかでも相談ニーズが高まったことで家族が行動を起こした機会を逃さずに参加を促し、利用期間に制限は設けず、継続的な参加を推奨している。

家族教室という支援方法は、本人へのアプローチが難しいひきこもり問題においては、必要性の高い支援方法であり、家族の相談継続のモチベーションを維持していくために、家族同士の交流は大きな支えになっている。

(4) うつ病家族教室と支援サービス連携

うつ病家族教室は、平成21年度の途中から試行的に開始し、翌年度から年間2クール、1クール5回のシリーズとして実施している。開始の動機は、気分障害患者数の増加、自殺対策の進展とともにうつ病本人の治療は進んだが、患者を抱える家族に対するケアはほとんどないこと、前年度か

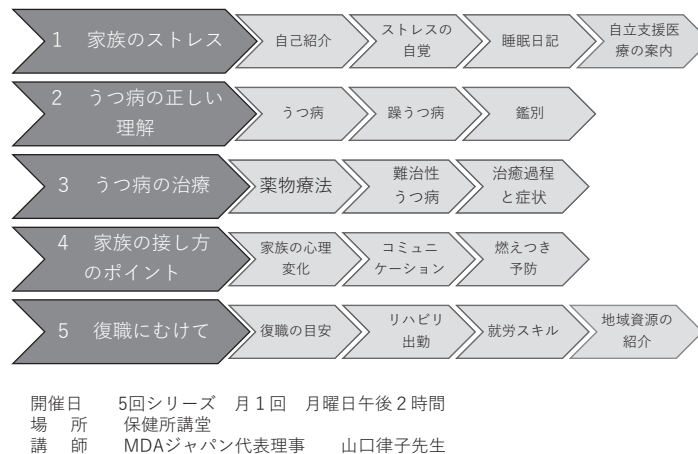


図1 うつ病家族教室のプログラム

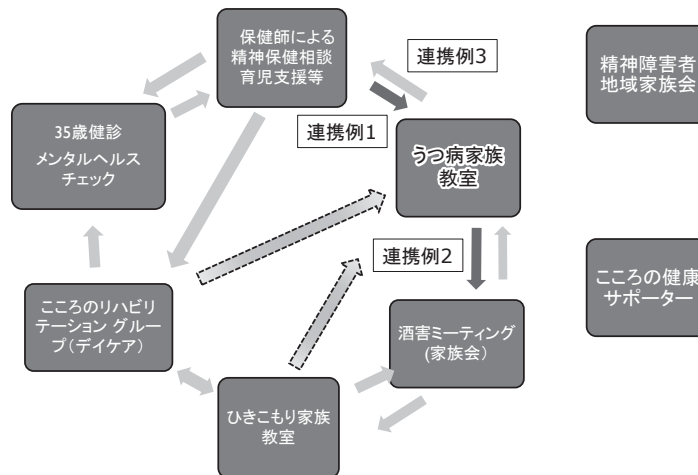


図2 連携の実際および想定

ら開始した精神科医師による「うつ相談」の利用者に30歳代本人の家族が多かったことなどであった。この時期A区の気分障害による自立支援医療申請件数の増加は急激で、平成19年度に2183件であったものが、平成20年度2585件、平成21年度に2962件で、統合失調症と逆転し、平成22年度には3384件と更に増加している。こうした状況をから、うつ病対策として、家族がうつ病、躁うつ病を正しく理解し、患者の適切な療養生活をサポートでき、活用できる社会資源について情報を得て、家族が自身のストレスにも上手に対処しながら、本人のうつ病からの回復を支援するためのプログラ

ムを開始した。うつ病家族教室は、うつ病支援のエキスパートである講師を招いて、図1に示すプログラムを行っている。

利用者に行ったアンケートによると、家族が困っているのは、将来の不安、親の高齢化、仕事・収入、日常生活、治療、対応方法、家族のストレス等についてであり、知りたいと思っていることは、対処法、生活リズムの整え方、服薬について、治療・医療機関について、就職・復職について、自殺への対応、家族のストレス等であった。

うつ病の増加は、精神障害に対する偏見誤解を和らげた一面もあったが、統合失調症やアルコール

ル依存症が疑われるケースがうつ症状のみに着目して、うつ病家族教室への参加を希望するということも見られた。連携が必要となることはあらかじめ予想されたため、図2の連携を想定して事業を開始している。実際に家族教室への参加をきっかけに、保健師が育児支援に入ることができた事例やアルコール家族ミーティングの利用につながった事例があった。

(5) 自殺予防の取り組み

精神保健活動においては、自殺事例を多く経験していたが、その経験は統合失調症のAさんが……、アルコール依存症のBさんが……という精神疾患を前提とした認識であり、自殺予防を主目的とする事業を行ってはいなかった。A区では、平成18年の自殺対策基本法施行に合わせて、普及啓発事業として、こころの健康図書コーナー「生きる知恵をさがそう」を区内3図書館において、計19日間開設する事業を端緒に自殺対策を開始した。翌19年度からは、広報紙、ホームページ、区役所情報表示盤（電光掲示盤）や区内に2000箇所以上ある町会掲示板や公衆浴場へのポスター掲示による啓発を実施し、平成20年度にはパンフレット「あなたの大切な人は悩みをかかえていませんか」の作成し、続いて平成21年には区内外の40か所あまりの相談窓口の一覧ちらしの配布を開始し、以後毎年情報を更新して発行している。また、保健所・健康福祉センターにおいて実施している「こころの健康づくり講座」等の講演会においては、うつ病やストレスなど自殺予防に関連するテーマを多く取り上げた。

対策の2つ目の柱である相談支援事業については、平成20年度から、区内健康福祉センター5所において、精神科専門医による「うつ相談」を9月と3月の自殺対策教化月間を実施することとした。嘱託精神科医による相談は、保健所では一般的に行われているが、これを「うつ相談」として切り分けることによって、相談への敷居を低くし、周知機会を増やすことを図った。平成22年度からは、メンタルヘルスチェックを含めたトータルヘ

ルスケアとして開始した「35歳区民健診」において、うつ病スクリーニングのための問診を含めて実施している。当該年齢人口約8000人のうち企業健診等の対象者を除く対象者約3000人のうち1000～1500人が受診している。健診時のうつ問診は保健師が行い、心理士がスタッフとして関与することはないが、事業企画に参画することによって心の健康に関する新しい事業を立ち上げることができた。

ゲートキーパー養成等の人材養成と推進体制の整備においては、自殺に対する正しい認識の普及とゲートキーパー養成を目的とした「生きる悩みの聞き方講習会」やこの講習会と「地域の活動を知る集い」を組み合わせせたシンポジウムを毎年、各1回開催している。また、人材養成は後述する「心の健康サポーター」養成事業とリンクさせて、コミュニティのこころの健康に対する関心を高める活動の中でも行っている。

これらの自殺対策新事業を進めると同時に、「精神保健領域での統合失調症やアルコール依存症、うつ病、若者のひきこもりへの家族支援等においても、対象者の自殺が起きないようにするために関係職種や医療機関と連携して予防的支援を行っている」（徳丸、2016）。]

3 地域全体のこころの健康づくりと コミュニティ心理支援

(1) こころの健康サポーター養成と活動支援

精神保健ボランティアは昭和50年代に盛んになり全国的に行われるようになっていたが、A区では、精神科病院が多く、先駆的事业を次々に展開した社会福祉法人の活動や、保健所のデイケア事業など精神保健サービスが多く、さまざまなネットワークが存在した（徳丸ら、1998）。こうした地域特性もあって当事者活動も盛んに行われたが、一方、個人としての既存のサービス事業に関わる活動は見られたものの、精神保健ボランティアへのニーズは高まることはなかった。そこで、A区では平成18年から、精神障害者に対する理解を深めて、地域生活の充実するための支援活動をする

という従来の精神保健ボランティアの目的に、広くこころの健康に関する知識をもって周囲の人のサポートができて、正しい知識を広めることを活動目的に加えて「こころの健康サポーター」の養成を開始した。養成講座では精神保健の基礎知識やボランティア活動の心得、障害福祉サービスの内容、当事者の体験談を聞くなどの座学に加えて、障害福祉サービス施設の活動に1日体験参加する実習を行っている。養成されたサポーターは、サービス事業所でボランティア活動をしたり、有志が結成した傾聴活動グループで活動したり、思い思いの活動をしている。保健所ではそうした活動を支援し、活動をする上での困りごとなどを乗り越えていくための受け皿として、毎月1回2時間の会合「こころの健康サポーター広場」を定期的に行っており、毎回20名以上の参加者がある。こころの健康サポーターは、一昨年からは、鉄道会社と協働し、自殺予防駅頭キャンペーンを実施する活動にも取り組んでおり、コミュニティのメンタルヘルス向上に寄与している。

(2) 地域の精神保健福祉課題へのコミュニティ心理支援の役割

本論で振り返った地域の精神保健福祉課題に対処していくためには、面接室でのカウンセリングをとおして対象者が心理面での洞察を得たり、行動変容を促すようなアプローチだけでは全く歯が立たない。はじめに支援対象者が直面している課題に対して、本人が変わることで改善できる問題と環境に働きかける必要がある問題をアセスメントすることが求められる。そのためには、対象者本人とコミュニケーションできる能力に加えて、家族を対象とする心理面接や心理教育、グループワーク、また、障害福祉サービス事業所などに対してはコンサルテーションを行うことができるなど、アプローチのバリエーションと組み合わせを状況に応じて駆使することが求められる。

A区には25年以上続いている支援者たちの活動がある。「板橋地域精神保健福祉リハビリテーション委員会」という名称では有志による勉強会で、

精神保健福祉士、作業療法士、看護師、サービス事業所指導員、心理士等が月に一度、勤務終了後に集まって、地域の精神保健の課題についてテーマを設定して情報交換、意見交換をしている(蜂谷, 1993)。このグループでは数年ごとに地域情報を集約した「いたばしこころの健康ガイドブック」を作成している。職場内での業務に追われる日々の中で、この活動は機関相互の連携がスムーズに行われる助けになるとともに、新入職員には地域その他機関のことを知る機会にもなっている。地域の社会資源の連携がうまくいくようにネットワークをつくり、支援者同士が顔の見える関係を築いて心の通う支援が当たり前にある地域をつくることもコミュニティ心理支援の役割であろう。

今後、心理支援のニーズは、精神保健福祉の対象の広がりとともに拡大していくことが予想される。そこには物質乱用から行動嗜癖に広がりつつあるアディクション、長期化・高齢化するひきこもり、虐待やDVなど司法判断や行政措置がかかわる事案など多岐にわたる課題がある。心理職者の悲願が実った国家資格「公認心理師」は、現在、法施行のための準備が進められている。公認心理師、そして臨床心理学はますます大きくなる社会の期待とニーズに応えていく責務がある。

文 献

- 柿原弘史・松浦宏美・徳丸享・小松貴代美・長谷川行雄・原田光子・石倉佳世・掃部関克子・向谷地智子・土屋三紀・深山紀子・山口鶴子 (2004). 板橋区の精神保健相談の動向——平成6年以降10年間のインテイク情報より. 東京都保健医療学会誌, 108, 496-497.
- 菊池佳子・村上奈知・徳丸享・安守亜紀・根岸清美・荻澤健志・関口奈々・小谷野博・高橋宮子・松尾雄毅 (2001). 東部地域保健等デイケア実施状況について. 東京都保健医療学会誌, 105, 410-411.
- 斎藤環 (1998). 社会的ひきこもり——終わらない思春期. PHP 新書.
- 左藤恵子・檜垣多希子・玉木和美・大井照・柿原弘史・徳丸享・長谷川行雄 (2003). 板橋区における「社会的ひきこもり」への援助の取り組みについて. 東京都保健医療学会誌, 102, 10-11.
- 厚生労働省 (2001). 10代・20代を中心とした「社会的ひきこもり」をめぐる地域精神保健活動のガイド

徳丸他：地域精神保健福祉における心理支援

ラインー精神保健福祉センター・保健所・市町村でどのように対応するか。援助するかー

<http://www.ncnp.go.jp/nimh/fukki/documents/guide.pdf> (2016年11月25日取得)

厚生労働省 (2010a). 政策レポート 自殺・うつ病等対策プロジェクトチームとりまとめについて.

<http://www.mhlw.go.jp/seisaku/2010/07/03.html> (2016年11月25日取得)

厚生労働省 (2010b). ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業 「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究 (H19-こころー一般-010)」。 (研究代表者 齊藤万比古)

徳丸享・長谷川行雄・柿原弘・長沼令子 (1998). 板

橋区精神保健・福祉・医療のネットワーク. 東京都衛生局学会誌, **100**, 288-289.

徳丸享 (2003). 保健所活動とグループ——グループは人と地域をつなぐ. 集団精神療法, **18**, 164-168.

徳丸享・品川靖子・長谷川行雄・左藤恵子・柿原弘史・向谷地智子 (2004). 「社会的ひきこもり」への家族支援——ひきこもり家族教室の効果と課題. 東京都保健医療学会誌, **106**, 494-495.

徳丸享 (2016). 自殺予防における心理職——地域精神保健活動が果たす自殺予防機能. 精神科治療学, **31**, 1169-1172.

日本公衆衛生協会 (2016). 平成27年度版我が国の精神保健福祉. 日本公衆衛生協会

蜂谷英彦 (1993). 心の病と社会復帰. 岩波新書